Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

29 247 Acute zorg

Nr. 212 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juni 2015

In het Algemeen Overleg van 9 april 2014 over de ambulancezorg heb ik toegezegd de Tweede Kamer begin 2015 te informeren over de stand van zaken rond de ontwikkeling van structurele ordeningswetgeving in de ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 189). Per brief van 21 mei 2015 heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij verzocht uw Kamer voor het zomerreces over de stand van zaken op dit onderwerp te informeren. Met deze brief kom ik aan dit verzoek tegemoet.

Per 1 januari 2013 is de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) van kracht geworden. Deze tijdelijke wet dient per 1 januari 2018 vervangen te worden door structurele wetgeving. De tijdelijkheid van de Twaz hangt samen met het feit dat na een zeer langdurige discussie over de ordening van de ambulancezorg, het voor de kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg gewenst was om een aantal veranderingen in de destijds vigerende wetgeving van kracht te laten worden. Deze wijzigingen zijn vastgelegd in de Wet Ambulancezorg (Waz). In 2009/2010[1] is echter geconstateerd dat het gekozen ordeningsmodel in de Waz kwetsbaar was in verhouding tot de Europese regelgeving rond de interne markt en mededinging. Daarnaast was ook toen al de inrichting van de keten van acute zorg in beweging en werd nagedacht over de vormgeving van een nieuwe (landelijke) meldkamerorganisatie. Deze onzekerheden maakten het niet logisch destijds definitieve verantwoordelijkheden rond de ambulancezorg toe te delen. Om die reden is besloten de Waz niet in werking te laten treden. In plaats daarvan is de Tijdelijke wet ambulancezorg in 2013 van kracht geworden, een wet met een geldigheid voor een periode van vijf jaar. Met deze tijdelijke wet ontstond de mogelijkheid om gedurende die vijf jaar te werken aan een structurele ordening die beter rekening zou kunnen houden met de meer uitgekristalliseerde ontwikke-

[1] Advies Raad van State van 4 december 2009, No. W13.09.0375/I, gepubliceerd in de Staatscourant van 18 mei 2011, nr 8554 en advies Raad van State van 5 augustus 2010, No. W13.10.0267/I, gepubliceerd in de Staatscourant van 18 mei 2011, nr 8555.

kst-29247-212
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

lingen in de acute zorg en de meldkamer en die past binnen de kaders van de Europese regelgeving, terwijl tegelijkertijd een aantal dringend gewenste veranderingen al wel in gang gezet kon worden. Belangrijke stappen zijn daarbij geweest het verruimen van het begrip ambulancevervoer naar ambulancezorg, de bepaling dat in ieder van de 25 veiligheidsregio's één regionale ambulancevoorziening verantwoordelijk is voor de ambulancezorg (en dus niet langer meerdere vergunningen per provincie) en het beleggen van zowel de verantwoordelijkheid voor de inhoudelijke taken van de meldkamer ambulancezorg als die van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulancezorg («rijdende dienst») bij de regionale ambulancevoorziening.

De afgelopen periode is in overleg met Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bezien wat de lopende ontwikkelingen in de (acute) zorg betekenen voor de ambulancezorg, of dat gevolgen zou moeten hebben voor de ordeningswetgeving en hoe één en ander te passen valt binnen de Europese regelgeving. Het ministerie is hierover nog in overleg met genoemde partijen. Hieronder schets ik de stand van zaken op dit terrein.

Relevante ontwikkelingen in de acute zorg

In het zorgveld vinden veel ontwikkelingen plaats die relevant zijn voor de setting waarin de ambulancezorg moet functioneren. Voorbeelden van dergelijke ontwikkelingen zijn:
- Specialisatie en concentratie van complexe acute en electieve zorg;
- Samenwerking van regionale ambulancevoorzieningen met andere mobiele acute zorgverleners (huisartsenposten, acute GGZ, acute thuiszorg, burgernetwerken e.d.);
- Steeds meer (elektronische) hulpmiddelen om prehospitale zorg beter en omvangrijker vorm te geven;
- De totstandkoming van een Landelijke meldkamerorganisatie met landelijk uniforme werkprocessen en een schaalvergroting van 25 naar 10 locaties, waarbinnen politie, brandweer en ambulancezorg gezamenlijk gevestigd zijn.

De ambulancezorg is een belangrijke verbindende schakel naar en tussen zorgverleners in de gehele (acute) zorgketen. De genoemde ontwikkelingen vergen daarom een flexibele en innovatieve houding van de regionale ambulancevoorzieningen bij de uitvoering van de ambulancezorg. En natuurlijk een wettelijk kader dat partijen in staat stelt en stimuleert om hun rol op te pakken.
Samenhang binnen de (acute) zorgketen is van groot belang. Een belangrijk aandachtspunt is dus hoe de positionering van de ambulancezorg vorm te geven in relatie tot de ordening in de rest van de (acute) keten. Bij het van kracht worden van de Twaz heeft in ieder van de 25 veiligheidsregio's één ambulancevoorziening het alleenrecht gekregen om de ambulancezorg te verzorgen. Op basis van de ervaringen tot nu toe wordt dit door de betrokken partijen als een goede ontwikkeling gezien. Met dit alleenrecht wordt geborgd dat bij noodzaak tot spoedeisende ambulancezorg er absolute duidelijkheid bestaat over welke partij daarvoor aan zet is. Dit voorkomt tijdsverlies bij de inzet. Tevens wordt hiermee geregeld dat in geval van een ramp of anderszins grootschalig incident er één aanspreekpunt voor de ambulancezorg is voor de veiligheidsregio/GHOR.
Binnen de ambulancesector en bij zorgverzekeraars bestaat ook geen behoefte aan verdere schaalvergroting. De huidige situatie waarin in ieder van de 25 veiligheidsregio's één regionale ambulancevoorziening actief is biedt ruimte om flexibel in te kunnen spelen op lokale verschillen in de inrichting van de (spoed)zorg. Kennis van regiospecifieke factoren wordt

daarbij van groot belang geacht. Daarbij maakt deze regio-indeling een goede samenwerking met de partners in de keten van openbare orde en veiligheid mogelijk in geval van grootschalige incidenten / opgeschaalde zorg.
Ook de stap waarbij de regionale ambulancevoorziening verantwoordelijk is gemaakt voor zowel de taakuitvoering van de meldkamer ambulancezorg (onderdeel gemeenschappelijke meldkamer van politie, brandweer en ambulancezorg) als voor de ambulancedienst wordt als positief ervaren. Een goed functionerende meldkamer is van groot belang voor een goede uitvoering van de ambulancezorg door de «rijdende dienst». Deze integrale verantwoordelijkheid van de regionale ambulancevoorziening voor beide onderdelen stimuleert de kwaliteit en de doelmatigheid van de ambulancezorg.

Deze stappen, in combinatie met een in 2014 ingevoerd nieuw bekostigingsysteem voor de ambulancezorg dat primair is gebaseerd op beschikbaarheid en niet op productie, een herijking van het «referentiekader spreiding en beschikbaarheid» en de stappen die de sector zet bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor de ambulancezorg, maken dat ik geen inhoudelijke aanleiding zie voor grootschalige aanpassingen van de ordening van de ambulancezorg zoals dat is vastgelegd in de Twaz. AZN en ZN zijn dat met mij eens.

Ik vind het van belang dat partijen ook zo optimaal mogelijk gemotiveerd blijven om goede en doelmatige ambulancezorg te blijven leveren en op zoek blijven naar innovatieve manieren om deze aspecten te verbeteren. Belangrijk aandachtspunt daarbij is de duur van het alleenrecht dat regionale ambulancevoorzieningen in hun regio hebben om de ambulancezorg uit te voeren. Zoals ook in aanloop naar de Twaz uitvoerig met uw Kamer is besproken, is de keuze voor een alleenrecht voor regionale ambulancevoorzieningen om ambulancezorg te verlenen in de regio een belangrijk Europeesrechtelijk aandachtspunt. Immers, met dit alleenrecht wordt het vrij verkeer van diensten en de vrijheid van vestiging beperkt. Dit dwingt ook tot nadenken over de vormgeving van dit alleenrecht.

Wat is er de afgelopen periode gebeurd?

Bovenstaande is de afgelopen periode onderwerp van gesprek geweest tussen het ministerie, AZN en ZN. Met partijen zijn in dit kader de hoofdlijnen van een viertal globale scenario's voor de toekomstige ordening voor de ambulancezorg verkend. Gezien de ervaringen bij de Twaz zijn in eerste instantie de Europeesrechtelijke aspecten van de scenarios in de afgelopen periode uitgebreid verkend in overleg met een aantal onafhankelijke deskundigen op het terrein van het Europees recht. In de kern komen die scenario's op het volgende neer.

Scenario 1: de Minister bepaalt wie ambulancezorg aanbiedt: (gedeeltelijk) voortzetting huidig ordeningsmodel

In dit scenario verleent de Minister per veiligheidsregio één aanwijzing/vergunning voor het uitvoeren van ambulancezorg. Conform de bestaande situatie kan dit landelijk een mix van private en publieke partijen betreffen, waarbij moet worden aangetekend dat ook de publieke partijen (bedoeld wordt opgericht bij of krachtens de wet) als marktpartij opereren en in die zin gelijk zijn te stellen als private partij. Aan de vergunning/aanwijzing zijn voorwaarden verbonden: ambulancediensten moeten aan een aantal kwaliteit- en bereikbaarheidseisen voldoen. Het is vervolgens aan zorgverzekeraars om in de regio afspraken te maken met de ambulancediensten over de wijze waarop het best aan die eisen voldaan kan worden en hoe dit in de budgetten te vertalen.

De genoemde Europeesrechtelijke verkenning heeft bevestigd dat, zoals al bij de behandeling van de Twaz is geconstateerd, dit model alleen houdbaar is indien periodiek ook andere partijen in de gelegenheid worden gesteld zich te kwalificeren voor het exclusieve recht om de ambulancezorg uit te voeren in de regio. Hiermee wordt ook de stimulans om te blijven zoeken naar verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg in stand gehouden. Indien de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van ambulancezorg wordt belegd bij derden is concreet sprake van een concessie van diensten. Relevant hierbij is dat in 2014 een nieuwe Europese richtlijn voor aanbesteding van concessies (2014/23/EU) is vastgesteld die in april 2016 geïmplementeerd moet zijn in de lidstaten. In die richtlijn is ambulancezorg expliciet benoemd als niet uitgezonderd van de aanbestedingsplicht. Wel geldt het zogeheten «verlicht regime» voor dienstenconcessies op het gebied van ambulancezorg, hetgeen er in de praktijk op neerkomt dat minder bureaucratische eisen worden gesteld aan de aanbestedingprocedure. Dit regime heeft met name betrekking op eisen aan de aankondiging van de aanbesteding, de gunning en het openstellen van beroep ten aanzien van de beslissing tot gunning.

Scenario 2: Publiek stelsel

In dit scenario wordt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de ambulancezorg direct bij een overheidspartij belegd. Daarbij kan worden gedacht aan twee opties.

- *Optie 1: de verantwoordelijkheid voor ambulancezorg wordt bij gemeenten/veiligheidsregio/GGD belegd*
  Een optie is om een inbedding te kiezen conform de inbedding van de verantwoordelijkheid voor de brandweer. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een goede brandweervoorziening. In de Wet veiligheidsregio's (Wvr) is deze verantwoordelijkheid via «verlengd lokaal bestuur» ondergebracht bij de veiligheidsregio. Eenzelfde constructie is toegepast voor de GGD. Een soortgelijke constructie zou ook voor de ambulancezorg kunnen worden opgezet. Gemeenten worden dan verantwoordelijk voor de ambulancezorg en dienen dit uit te voeren via de veiligheidsregio of de GGD. Een variant hierbij is dat de veiligheidsregio of GGD de mogelijkheid krijgt om een deel van de ambulancezorg uit te besteden.
- *Optie 2: de verantwoordelijkheid voor ambulancezorg wordt bij een landelijke publieke ambulancedienst belegd*
  Een andere optie is om een (publieke) landelijke ambulancedienst op te richten, bijvoorbeeld in de vorm van een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO). Dit ZBO wordt verantwoordelijk voor de uitvoering van de ambulancezorg in Nederland conform de inhoudelijke eisen die de wetgever stelt (bv. regionale uitvoering door één partij, kwaliteit- en bereikbaarheidseisen, enz.). Ook hier geldt dat bepaald kan worden dat de dienst de ambulancezorg zelf moet uitvoeren of er voor kan kiezen de daadwerkelijke zorg door derden uit te laten voeren.

Belangrijk bestuurlijk voordeel van dit model is dat het de mogelijkheid biedt om de verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg (al dan niet per regio) voor onbepaalde tijd te beleggen bij één (publieke) partij hetgeen relatieve rust in de sector meebrengt. Voorwaarde daarbij is dat de ambulancezorg ook daadwerkelijk door die publieke partij wordt uitgevoerd. Indien de publieke partij voor de uitvoering gebruik zou willen maken van «onderaannemers» (bijvoorbeeld bestaande private ambulancediensten), dan zal deze publieke partij periodiek andere partijen in de gelegenheid moeten stellen zich te kwalificeren voor de uitvoering.

Helder is dat dit model een ingrijpende wijziging van de huidige ordening in de ambulancezorg behelst. Nederland kent immers een inrichting van de ambulancezorg waarin historisch is gegroeid dat de verantwoordelijkheid van de uitvoering is belegd bij een mix van private en publieke partijen. Dit model zou daar een einde aan maken. Daarbij moet worden afgewogen dat de ambulancezorg op een kwalitatief hoog peil staat en het de vraag is of een dergelijke «nationalisering» van de ambulancezorg de kwaliteit en doelmatigheid verbetert.
Publieke uitvoering door de ambulancezorg vergt ook een andere wijze van financieren. Het ligt voor de hand om de financiering van regionale ambulancevoorzieningen op grond van de Financiële verhoudingswet via het gemeentefonds te laten verlopen, conform de financiering van de GHOR, GGD en Brandweer. Of in geval van uitvoering door een ZBO door directe financiering van de uitvoeringskosten via de Rijksbegroting. In beide gevallen betekent dit een knip in de rol van de zorgverzekeraars in de (acute) zorgketen: één van de onderdelen uit de acute keten wordt losgeknipt uit het, grotendeels privaat ingerichte, zorgsysteem, waardoor de mogelijkheden voor verzekeraars om te sturen op de hele keten van acute zorg worden beperkt.

Scenario 3: de verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg wordt belegd binnen het Regionale Overleg Acute Zorg (ROAZ)

In dit scenario wordt de verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg neergelegd binnen het ROAZ. Een mogelijkheid zou dan zijn dit te beleggen bij de door VWS aangewezen traumacentra die uit hoofde van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) een coördinerende rol hebben bij de inrichting van de acute zorg in de regio. Deze partijen zouden daarbij de door de wetgever vastgestelde kwaliteit- en bereikbaarheidseisen in acht moeten nemen.
Met deze variant zouden de traumacentra verantwoordelijk worden voor een breder pakket aan zorg in de ROAZ-regio dan tot nu toe. Het gehele traject van zorg ter plaatse, prehospitale behandeling, vervoer en – indien de patiënt naar een traumacentrum wordt vervoerd – behandeling in een traumacentrum komt in één hand. Dit zou de kwaliteit en de doelmatigheid van de keten kunnen vergroten.

Nadere verkenning van deze variant met AZN en ZN heeft echter laten zien dat dit juridisch een zeer ingewikkelde variant betreft. Traumacentra zijn weliswaar door VWS op grond van artikel 8 van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) aangewezen, maar zij hebben geen verplichting om traumazorg aan te bieden. Dat betekent dat traumacentra er voor kunnen kiezen met deze taak te stoppen. Traumacentra hebben in de huidige situatie een coördinerende rol in de keten en maken daarbij zelf deel uit van de keten. Zij zijn niet inhoudelijk verantwoordelijk voor de zorgactiviteiten van andere onderdelen van de keten. Door de (verplichte) uitvoering van ambulancezorg te koppelen aan de aanwijzing van de traumacentra voor traumazorg zou een andere situatie ontstaan. De facto zou daarmee het begrip (meervoudige) traumazorg worden opgerekt met de ambulancezorg. Dit is juridisch kwetsbaar. De raakvlakken van ambulancezorg met «gewone» ziekenhuiszorg zijn immers ook groot, wellicht groter dan die met de (meervoudige) traumazorg. Dit zou betekenen dat ook voldoende andere aanbieders van ziekenhuiszorg zich inhoudelijk zouden kunnen kwalificeren voor de uitvoering van ambulancezorg, hetgeen wederom een aanbestedingsvraagstuk met zich mee zou brengen. En daarbij zou deze variant een nieuw vraagstuk voor de regioafbakening met zich mee brengen omdat de zogeheten ROAZ-regio's een andere geografische afbakening kennen dan de nu voor de ambulancezorg relevante veiligheidsregio's.

Scenario 4: zorgverzekeraars bepalen via contractering wie ambulancezorg in de regio aanbiedt

In dit model stelt de overheid een aantal eisen aan de vormgeving van de ambulancezorg in de regio zoals nu bijvoorbeeld onder de Twaz zijn geformuleerd (één aanbieder per veiligheidsregio, kwaliteit- en beschikbaarheideisen e.d.). Het is vervolgens aan de zorgverzekeraars om uit hoofde van hun zorgplicht te bepalen bij welke aanbieder zij de ambulancezorg in de regio contracteren.
Ambulancezorg wordt in dit scenario de facto gezien als een «normaal» onderdeel van de acute keten. Dit sluit aan op de werkwijze in de andere delen van de acute zorgketen (SEH, HAP e.d.).

In dit scenario zou dus niet de zorgaanbieder maar de zorgverzekeraar worden geadresseerd met de verplichting om ambulancezorg te garanderen. Het is aan verzekeraars om te bepalen welke partij in de regio de zorg aanbiedt. Per regio dient dit, gelijk aan de huidige situatie, één aanbieder te zijn. Deze aanbieder, die natuurlijk wel verantwoorde ambulancezorg moet leveren, dient verplicht gecontracteerd te worden door alle zorgverzekeraars die werkzaam zijn in de regio. Bepalend voor de keuze van de regionale ambulancevoorziening kan dan bijvoorbeeld unanimiteit onder zorgverzekeraars of een meerderheid van verzekeraars in termen van marktaandelen in de regio. Of in het uiterste geval zou de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio geadresseerd kunnen worden. Een dergelijke constructie zou verder uitgewerkt dienen te worden.

Dit laatste scenario is in lijn met de opzet van de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars worden in staat gesteld te kiezen voor een regionale ambulancevoorziening, mede op basis van overwegingen ten aanzien van de bijdrage die de regionale ambulancevoorziening kan leveren in de gehele (acute) zorgketen in de regio. Verzekeraars zijn beter dan de centrale overheid in staat om in te spelen op de lokale omstandigheden en behoeften. Dat geldt voor expliciete kwaliteit- en innovatieafspraken, maar ook voor de wijze waarop de beschikbaarheid van ambulancezorg in de regio wordt vormgegeven. Denk daarbij aan de mate waarin het zogeheten dynamisch ambulancemanagement in de regio kan worden vormgegeven, het al of niet toepassen van zorgdifferentiatie, de samenwerking met burgerhulpverleningnetwerken en dergelijke. Bijkomend voordeel kan zijn dat deze opzet niet hoeft te leiden tot verplichte periodieke aanbestedingen in die regio's waar alle partijen van mening zijn dat de ambulancezorg goed wordt uitgevoerd. Zorgverzekeraars kunnen binnen de reguliere contractering bepalen met welke zorgaanbieders zij contracteren en hoe zij die zorgaanbieder kunnen stimuleren tot verbetering van kwaliteit en doelmatigheid. Gezien het wettelijk verankerde alleenrecht voor de regionale ambulancevoorziening ligt gezamenlijk optreden van zorgverzekeraars in de regio (representatiemodel) in dit model voor de hand.

Hoe verder?

Zoals aangegeven zijn de hiervoor geschetste scenario's besproken met AZN en met ZN. Daarbij is duidelijk geworden dat, alles afwegende, de scenario's twee (verantwoordelijkheid ambulancezorg publiek beleggen) en drie (verantwoordelijkheid ambulancezorg binnen de ROAZ-regio's beleggen) bij geen van de partijen draagvlak kennen op basis van de hiervoor geschetste nadelen.
Over de resterende opties vindt nog overleg plaats dat primair is gericht op de mogelijkheden en de risico's die deze modellen kennen voor de beschikbaarheid en de kwaliteit van de ambulancezorg. Belangrijk

aandachtspunt daarbij is de wijze waarop de rol van zorgverzekeraars in de acute zorg uitkristalliseert en wat dat zou kunnen betekenen voor de rolverdeling tussen ministerie, zorgverzekeraars en regionale ambulancevoorzieningen. In de afgelopen periode hebben zorgverzekeraars veel initiatief getoond ten aanzien van kwaliteitsverbetering van de acute zorg in Nederland. Zorgverzekeraars zijn in de verschillende regios in overleg gegaan met zorgaanbieders over de uitwerking van een kwaliteitsvisie op (complexe) acute zorg. In dat traject zijn de zorgverzekeraars door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) echter gewezen op mogelijke strijdigheden met de Mededingingswet die primair samenhangen met het gezamenlijk optreden van zorgverzekeraars in de regio richting de zorgaanbieders. Deze factor speelt ook een rol in de gesprekken over de verantwoordelijkheidverdeling binnen de ambulancezorg.
Daarnaast is vorig jaar naar aanleiding van een tweetal gerechtelijke uitspraken onduidelijkheid ontstaan over de vraag of zorgverzekeraars al dan niet aanbestedingplichtig zijn bij de inkoop van zorg. Deze uitspraken hebben ook onzekerheid met zich meegebracht over de randvoorwaarden en mogelijkheden voor zorgverzekeraars bij de zorginkoop. Pas zeer recent heeft een uitspraak van het gerechtshof 's-Hertogenbosch in een hoger beroepszaak hier meer duidelijkheid in gebracht: zorgverzekeraars zijn niet aanbestedingplichtig[2]. Ook dit heeft effect op de te maken afwegingen over de best passende verantwoordelijkheidverdeling

Zorgvuldigheid is van groot belang bij het zo effectief en doelmatig mogelijk waarborgen van de publieke belangen kwaliteit en beschikbaarheid van ambulancezorg. Ik streef ernaar deze zomer meer duidelijkheid met partijen te creëren en op basis daarvan een keuze te maken tussen de genoemde twee scenario's. Daar zal ik uw Kamer nader over informeren. Vervolgens zal ik de consequenties van deze keuze in nauw overleg met AZN en ZN uitwerken en vastleggen in een wetsvoorstel. Streven is dit wetsvoorstel begin 2016 bij uw Kamer aanhangig te maken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

[2] Uitspraak Gerechtshof 's-Hertogenbosch d.d. 12 mei 2015, zaaknummer HD 200.151.805/01